Lane Medical Library

Aus der Krankenanstalt

vom

Roten Kreuz

Leiter: Univ.Prof.Dr.Albrecht.

-.-.-.-.-.-.-

Ueber Adenofibrosis in Laparotomienarben.

-.-.-.-.-.-.-

Naugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin.

Verfasst und einer Hohen medizinischen Fakultät

der Ludwig - Maximilians - Universität München

vorgelegt von

Hanns Förg

aus München.

-.-.-.-.-.-.-

-.-.-.-.-.-.-.-.-.-

Aus der Krankenanstalt

v o m

R o t e n K r e u z

Leiter: Univ.Prof.Dr.Albrecht.

-.-.-.-.-.-

U e b e r A d e n o f i b r o s i s i n L a p a r o t o m i e n a r b e n .

-.-.-.-.-.-

Naugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin.

Verfasst und einer Hohen medizinischen Fakultät

der Ludwig - Maximilians - Universität München

vorgelegt von

H a n n s F ö r g

aus München.

-.-.-.-.-.- .-.-.-.-.-.-

-.-.-.-.-.-.-

Meinen lieben Eltern gewidmet.

Unter Adenomyosis und endometrioider Adenofibrosis versteht man nach Robert Meyer"eine gutartige infiltrierende Hyperplasie endometranen oder endometrioiden Gewebes mit myodesplastischer Wirkung. Die Infiltration geht unter leichter Histolyse vor sich; der spezifische funktionelle Charakter hängt von der Funktion der Ovarien ab, kann aber fehlen und dem Bilde der nicht funktionierenden Schleimhaut oder der exophytischen Hyperplasie weichen."

Die Narbenadenofibrosis rechnet zur Adenofibrosis externa. Darunter versteht man endometrioride Fehlbildungen ausserhalb der Bauchhöhle. Beschrieben sind solche am Nabel, in der Leiste, in den Bauchdecken und in der Vagina.

Makroskopisch stellen die Narbenadenofibrosen erbsen- bis pflaumengrosse, derbe oder cystische, meist unscharf begrenzte Knoten dar, die häufig alle Schichten der Bauchwand durchsetzen. Zuweilen sieht man schon an der Oberfläche, fast immer auf dem Durchschnitt Cysten mit blutigen oder teerigen Inhalt.

Mikroskopisch handelt es sich um ortsfremde Gewebseinschlüsse aus zwei oder drei Geweben gemischt. Immer findet sich ein drüsiger und ein bindegewebiger Anteil, häufig ausserdem muskulere Bestandteile. Die Drüsen zeigen den typischen Bau der uterinen Drüsen: einschichtiges kubisches oder cylindrisches Epithel, selten mit Flimmerbesatz. In ihrem zellreichen Stroma finden sich häufig Pigment- oder Eisenablagerungen.

Nach Robert Meyer wird bei den Narben adenofibromen der endometrioide Charakter oft stark durch Ueberwiegen der fibrinösen Komponente beeinträchtigt.

Die klinischen Erscheinungen der Erkrankung sind gering. Sie bestehen in Spannen und Druck, zuweilen auch Schmerz in der Narbe oder nur in den Knoten. Die Beschwerden steigern sich ganz charakteristisch im Zusammenhang mit der Menstruation. Häufig kommt es intra menses zum Blutaustritt aus oberflächlich liegenden Cysten.

Befallen werden ausschliesslich Frauen des geschlechtsreifen Alters. Manche Autoren stellen ein Ueberwiegen asthenischer Typen unter ihren Patientinen mit Adenofibrosis externa fest.

Die Diagnose kann klinisch gestellt werden, wenn eine laparotomierte Frau Geschwulstbildung in der Narbe zeigt und über Schwellung und Schmerzen in oder zur Blutung aus den Knoten klagt.

Differentialdiagnostisch kommen nur reine Fibrome oder Keloide in Betracht. Die Entscheidung ergibt sich aus dem histologischen Bild.

Für die Genese der Narbenadenofibrosis kommen dieselben Theorien in Betracht, die für die Entstehung der Adenomyosis externa aufgestellt Die Lokalisation in den Bauchdecken hat eigentlich keine besonderen Fragen hervorgerufen.

Was den causalen Reiz anbelangt so besteht vollkommene Uebereinstimmung darin, dass er nur unter Beihilfe des hormonalen, vom Ovar aus wirken kann, denn endometrioide Wucherungen entstehen nur bei Frauen mit funktionierenden Ovarien. Das gilt für alle Lokalisationen, wie Lauche überzeugend dargetan hat.

Die meisten Autoren neigen dazu mit Robert Meyer entzündliche Prozesse als auslösenden Reiz zur endometrioiden Wucherung anzunehmen. Gerade für die Narben adenofibrosen aber bestreitet

Lauche entschieden die Bedeutung einer vorausgegangenen Entzündung, weil sich im histologischen Bilde keine Residuen einer solchen nachweisen lassen.

Die schwierigsten Probleme über die Adenofibrose entwickeln sich wohl aus der Frage aus welchem Gewebe und wie sie entstehen?! Es bestehen über die formale Genese dieser Blastome, d.h.die Herkunft des Epithels vier Theorien: die einen Autoren treten für eine autochthone Entstehung, aus Serosaepithel wie Robert Meyer,oder aus Gefässendothel wie Schiller, ein; die anderen für eine direkte Abstammung vom Endometrium, entweder auf dem Wege der lymphatischen Mestastasierung nach Halban oder dem der retrograden Implantation durch die Tube nach Sampson.

Wieder andere wie Lauche lehnen überhaupt eine einheitliche Genese ab.

Die meisten Autoren, wie Robert Meyer, Menge, Albrecht, Heine und Fischel treten für eine metaplastische Entstehung aus Serosaepithel ein. Diese Theorie kann für alle Lokalisationen der Adenofibrosis externa herangezogen werden; sie wird dadurch gestützt, dass die Wucherungen sehr oft mit der Serosa im Zusammenhang stehen und wie z.B. an einer Bauchnarbe, nach Laparotomie, ohne die geringste Verletzung von Tuben- oder Uterusschleimhaut entstehen können. Verschiedene Autoren wie Robert Meyer, Sitzenfrey, Tobler, Dietrich u. a.konnten sogar an Serienschnitten den Uebergang des Serosaepithel in die Drüsenschläuche nachweisen.

Nach Fischel wäre es garnicht verwunderlich, dass man dem Serosaepithel die Fähigkeit endometrioide Wucherungen zu bilden zuschreibt,da es sich doch aus dem gleichen Keimblatt wie die Uterusschleimhaut entwickelt! Er meint: "dass die betreffenden Gebilde an jedem Ort entstehen, an welchem wir sie vorfinden und zwar durch Entwicklung von Potenzen, welche den Gewebszellen dieses

Ortes kraft ihrer Entwicklung zukommen."

Eine andere Ansicht, die besonders Schiller vertritt, wäre die, dass die drüsigen Hohlräume umgewandelte Lymphgefässendothelien seien. Es ist bekannt und nachgewiesen, dass die Gefässendothelien sich in cubisches- und Cylinderepithel umwandeln können. Diese Theorie ist also für manche Fälle nicht abzuleugnen, kann aber unter keiner Bedingung verallgemeinert werden.

Sampson erklärt die Entstehungen der drüsigen Gebilde durch die Annahme einer Autotransplantation von Uterus- bezw. Tubenepithelien, wenn unter besonderen pathologischen Bedingungen, wie Retroflexio uteri Myombildung etc. der Cervixkanal verschlossen oder schlecht durchgängig wird, Menstrualblut sich im Uterus staut und mit sequestrierten Teilchen der Uterus- bezw. Tubenschleimhaut in die Bauchhöhle abfliesst. Diese Teilchen werden auf der Serosa der nächstliegenden Organe implantiert und bilden Endometrium. Diese Schleimhautpartikelchen können nach ihm auch aus rupturierten endometriumhaltigen Teer- bezw. Schokoladecysten zur Aussaat kommen.

Andere Autoren geben zwar zu, dass ein Zurückfliessen von Menstrualblut, in welchem sich Schleimhautteilchen befinden, in die Bauchhöhle in seltenen Fällen vorkommt, behaupten jedoch, dass letztere am Schluss der Menstruation in degeneriertem Zustand und nicht implantationsfähig sind. Ausserdem spräche das enge Lumen die Faltenbildung der Tube und der Umstand, dass das Flimmerepithel gegen den Uterus gerichtet ist, gegen Sampson Theorie. Zudem lägen die Wucherungen sehr oft tief in der Muskulatur und weit von den Tubenostien entfernt. Für Nabel und Leistenwucherungen kommt die Implantationstheorie so wenig in Frage wie für Narbenadenofibrose nach Operation ohne Laesion des Uterus. Viele Autoren nehmen wohl eine Aussaat bestehender Herd an, leugnen jedoch die erste Entstehung solcher auf Grund retrograder Menstruation.

Halban endlich meint, dass diese endometriumähnlichen Gebilde einfache Lymphmetastasen der Uterusschleimhaut wären. Diese Theorie wäre wohl für alle Lokalisationen dieser Wucherungen heranzuziehen, aber sie ist bis jetzt durch keinerlei histologische Befunde gestützt.

Eine weitere Frage wäre nun die, woher das Stroma und die Muskulatur dieser Geschwülste stammt? Für die Herkunft des Stromas bestehen im allgemeinen 2 Möglichkeiten: 1."Es entstammt", wie Albrecht sich ausdrückt " dem Ausgangspunkt der Epithelheteratopie, also entweder dem Schleimhautstroma oder dem subserösen Bindegewebe. 2.Es entsteht autochton in dem von der Epithelwucherung befallenen Gewebe." Es kann durch den gleichen Reiz entstehen, wie die Epithelwucherung auch oder als Folge eines formativen Einflusses des Epithels auf die bindegewebige Umgebung.

Für die Muskulatur besteht die Möglichkeit, dass sie entweder aus der Muskulatur des Mutterbodens entsteht oder aus embryonal ausgeschaltetem indifferentem Blastom.

Im folgenden versuche ich nur die Fälle von Adenomyomen in Laparotomienarben, die in der Literatur bekannt geworden sind, zusammenzustellen und zwar in kurzgefasster Form und unter Berücksichtigung besonderer Merkmale des Einzelfalles.

Der erste Fall wurde von Robert Meyer im Jahre 1903 beschrieben. Es handelte sich um eine 35jährige Frau, bei der wegen Retroflexio fixata Laparotomie mit Ventrifixation der Uterus gemacht wurde. Patientin fühlte sich von der Zeit an krank und bemerkte bald darauf an der Narbe einen schmerzhaften kleinen Tumor. Der Knoten wurde exstirpiert und man sah, dass er sowohl mit den Uterus als mit dem Netz verbunden war.

Mikroskopischer Befund: derbes Narbengewebe von epithelialen Cystenkanälchen und Drüsenschläuchen durchsetzt. Im Centrum des Herdes waren

ein zelldichtes, spindliges Bindegewebe und Hamorrhagien zu sehen. Das Epithel ist überall einschichtig, bald cubisch, bald cylinderisch und in ein und derselben Cyste geht flaches Epithel in höheres, oft sehr hohes Epithel über. Im Narbengewebe liegt ein Siltwormknoten. Drüsen und Cysten und dichtes spindelzelliges Gewebe liegt um ihn.

Fall Amos: 45 jähr.Patientin; wegen re-
troflexio uteri Laparotomie. Bald darauf bildeten sich auf der persecundam intentionem geheilten Wunde zwei kleine schmerzhafte Knötchen. Der exstripierte Tumor erwies sich als Fibrom, worin zahlreiche Cysten und Drüsenschläuche von spindelzelligem Gewebe umgeben, eingelagert sind.

Fall Stratz: Bei einer 44jähr. O - para
Entfernung einer Cyste des linken Ovars und ventrifixatio uteri mittels eines Stiels, bestehend aus Tube Lig.-ovarii und dem dazwischen liegenden Teil des lig.-latum. Nach 3½ Jahren entstand an der Narbe eine bleibende blaurote leicht blutende schmerzhafte Geschwulst. Sie wurde entfernt und ergab bei histologischer Untersuchung wie Verfasser sagt: "eine Bildung wie die von v.Recklinghausen beschriebenen Adenomyome."

1.Fall Klages: Wegen Adnex- und Wurm-
fortsatzerkrankung Laparotomie mit ventrifixura uteri.4 Jahre darauf bemerkte Patientin, dass die Narbe, besonders stark z.Z.der Menstruation sich rötete und schmerzte.Es bildete sich allmählich ein kleiner Tumor, der immer grössere Beschwerde, bes.auf Druck verursachte.

Bei der Untersuchung nach weiteren 2 Jahren stellte man fest, dass der anteflecktierte Uterus mit der vorderen Bauchwand verwachsen war; beim Versuch zur Metilisierung stellten sich heftige Schmerzen ein. Als man operierte, sah man, dass der Tumor mit der Bauchwand und mit dem Uterus mittels eines Stiels verbunden war. Makrosko-

pisch fielen mit bräunlichem Inhalt gefüllte Cysten auf, welche sich unter dem Mikroskop als z. T.mit einschichtigem Cylinderepithel bekleidete Hohlräume erwiesen, die von cytogenem Stroma und Rundzellenherden umgeben sind. Im unteren Teile des Tumors nehmen die Cysten an Grösse zu, die Muskelelemente und Rundzellenherde vermehren sich. Fibrilläres Bindegewebe durchzieht in allen Richtungen den Tumor.

2.Fall Klages: Gravida im 5 Monat, die früher einmal operiert wurde. Es bildete sich allmählich ein Tumor, der zunächst klein blieb, aber rasch während der Schwangerschaft an Grösse zunahm. Das Stroma der adenomatösen Herde war deciduaähnlich umgewandelt.

Fall Amann: Er schreibt: "Auch ich habe einen ganz analogen Fall von adenofibröser Tumorbildung in einer Laparotomienarbe einige Zeit nach Exstirpation von gutartigen Ovarialtumoren bearbeitet."

Fall Franquè: Bei einer 39jähr.5 - para wegen Uterusperforation anlässlich eines Abortus Laparotomie. v.Franquè resecierte die rechte Tube und vernähte die Perforationsstelle am Uterus. Am unteren Winkel der Narbe bildete sich bald eine, bes.im 4.Jahr nach der Operation rascher wachsende Geschwulst von Walnussgrösse, ohne der Patientin Schmerzen zu verursachen. Man sah ein von der Narbe ausgehendes kleines Knötchen von höckeriger Oberfläche; beim Durchschneiden zeigten sich schon makroskopisch im Narbengewebe liegende blauschwarze Herdchen, die bei mikroskopischer Untersuchung als Cysten, die z.Teil mit Blut gefüllt sind, zu erkennen waren. Die grossen Cysten sind mit cubischem, die kleinen mit hochcylindrischem Epithel ausgekleidet. Die Epithelien sitzen z.T.dem fibrillärem Bindegewebe auf, z.T.sind sie von ihm

durch cytogenes Stroma getrennt. Verfasser hält es für möglich, dass bei der Glättung der Perforationswunde mikroskopische Bestandteile der tieferen Schleimhautschicht in die Bauchwunde gelangten und sich dort implantierten.

2.Fall Meyer: Er berichtet: "Früher habe ich einen solchen Fall gezeigt und lege Ihnen einen zweiten vor, aus der Bauchnarbe entfernt bei einer 8 Jahre vorher mit Ventrifixation behandelten Frau. Der kastaniengrosse Tumor enthält weitverzweigte Bildungen mit kleinzelliger Umgebung, ganz ähnlich denen im Uterus, eingebettet in eine fibromartige Bindegewebswucherung."

Fall Fraas: Eine 45jähr.1-para wurde vor 20 Jahren wegen Totalprolaps mit Ventrifixation behandelt. An der 5 cm langen Narbe war ein derber Tumor zu fühlen. Bei innerlicher Untersuchung konstatierte man einen mit der Bauchwand verwachsenen Uterus. Der Tumor durchsetzte die ganze Bauchwand. Auch bei diesen Tumor erinnern die cystischen Hohlräume die Drüsenschläuche und das einschichtige Cylinderepithel, das die Räume bekleidet an die Uterusschleimhaut.

Fall Cutten: Bei einer 34jähr.Frau vor 9½ Jahren wegen Uterusverletzung Laparotomie. Ein Jahr später eine normale Geburt. An der Operationsstelle bemerkte man einen in der Rectusmuskulatur gelegenen Tumor, der langsam wuchs und allmählich schmerzhaft wurde. Mikroskopischer Befund: Glatte Muskulatur mit uterusschleimhautähnlichen Herden, die mit Blut gefüllt sind. Im Stroma liegt Pigment. Cutten hält es für möglich, dass bei der Operation mit der Nadel ins Endometrium gestochen und so kleine Partikelchen in die Bauchwunde implantiert wurden.

1.Fall Mahle und Mac Carty: Eine 30jähr. Frau hatte

seit 2 Jahren Schmerzen in der alten Laparotomienarbe, bes. während der Menstruation, Der Tumor war mit der Tube 4 cm vom rechten Uterushorn entfernt, verwachsen und zeigte adenomatösen Bau.

2.Fall dieselben: Vor einigen Jahren Ventrifixation bei einer 46jähr.Frau. Kürzlich bemerkte sie einen knotigen Tumor an der Narbe, der während der Menstruation Schmerzen verursachte. Man fand einen in der Bauchwand gelegenen, und mit den Uterus verwachsenen Tumor. Er griff ausserdem auf das retroperitoneale Gewebe über Mikroskopisch konnte man Drüsen und Cysten erkennen. Es handelte sich um ein Adenomyom.

1.Fall Lauche: Eine 30jähr.1-para wurde wegen doppelseitiger Pyosalpinx operiert; darauf Ventrifixation des Uterus. Bald nach der Operation gewahrte man eine Verhärtung der Narbe, die langsam wuchs. Es bildeten sich alsdann Bläschen aus, die während der Menstruation platzten und blutigen Inhalt entleerten. Der Uterus war an die Geschwulst angeheftet aber beweglich. Es wurde angenommen, dass bei der Ventrifixation ein Faden durch die Uteruswand gedrungen sei eine Kommunikation zwischen den Narbenbläschen und Uteruscavum geschaffen wurde. Makroskopisch sah man wiederum mit Flüssigkeit gefüllte Cysten in Narbengewebe eingebettet. Die Geschwulst reichte bis zum Peritoneum; letzteres musste jedoch bei der Operation nicht geöffnet werden. Eine direkte Verbindung mit dem Uterus war nicht vorhanden.

Mikroskopischer Befund: Fibrilläres Narbengewebe, worin enge und verzweigte Drüsenräume und kleine Cysten liegen die von zahlreichen Gewebe umgeben sind. Die Cysten haben cubisches, die Drüsen cylinderisches einschichtiges Epithel. Rundzellenhaufen liegen wahllos im Gewebe eingestreut und braunes hämatogenes Pigment ist frei in den Zellen eingeschlossen.

2.Fall Lauche: Eine 35jähr.Frau hatte vor 11 Jahren eine Geburt durchgemacht, seitdem kinderlos. Ventrifixatio uteri wegen retroflexio Verwachsung des Uterus und der rechten Adnexe Wunden gelöst. Nach einigen Monaten treten an der Narbe um die Zeit der Menstruation Schmerzen auf und es bildete sich ein Tumor. Bei Entfernung der Geschwulst musste das Peritoneum verlegt werden, ausserdem war auch eine Verwachsung mit dem Uterus zu finden. Die Menses waren nach der Operation von kürzester Dauer als zuvor und zunächst schmerzlos. Das histologische Bild war dem des vorigen Falles ähnlich. Es fand sich viel Hämosiderinpigment, aber keine glatte Muskulatur.

3.Fall Lauche: Bei einer 37jähr.Frau wurde wegen schmerzhafter u n d m i t grossem Blutverlust einhergehender Menses und wegen viermaliger Abortierung eine Operation an den Eierstöcken vorgenommen. Nach 7jähr.Durchfall mit blutigem Stuhl und seither Schmerzen im Bauche u. in der Narbe, wo sich ein Tumor bildete. Die Periode wurde wieder schmerzhaft. Das Corpus uteri ist klein und wenig beweglich. Mikroskopisch sah man Cysten von cubischen und cylinderischen Epithel bekleidet in ein zellreiches Stroma eingelagert und das Epithel direkt an das Narbengewebe angrenzen.

4.Fall Lauche: Eine 26jähr.Patientin wurde angeblich wegen einer Geschwulst des Eierstockes mit Ventrifixation des Uterus behandelt. Nach etwa 3½ Jahren bemerkte sie einen Tumor im unteren Teil der Narbe, der vor, während, und kurze Zeit nach der Menstruation schmerzhaft war. Er war ohne Zusammenhang mit dem Peritoneum; der Uterus war mit der Bauchwand verwachsen. Bei der Exstirpation zeigte sich, dass der Tumor aus derben

Bindegewebe bestand, worin braune Flecke eingestreut lagen. Mikroskopisch fanden sich kleine Cysten die z.T.mit farblosen z.T.mit brauner Flüssigkeit gefüllt waren.

Fall Dietrich: Adenofibromatöse in einer Laparotomienarbe nach ventrifixatio uteri. Er glaubt für diesen Fall die Entwicklung der drüsenartigen Gebilde aus dem Serosaepithel bewiesen zu haben.

Fall Vassmer: 24jähr.O-para. Wegen Senkung ventrifixura uteri. Mit 2 Catgutfäden wurde das corpus uteri auf die Fascie geknüpft, wobei ziemlich sicher das cavum nicht getroffen worden sein sollte. Nach ½ Jahre entstand an der Narbe ein Tumor. Menstruation und Narbe wurden schmerzhaft. Bei der Operation fand man, dass das corpus uteri mit einem kurzen Strang mit der vorderen Bauchwand verbunden war.

Mikroskopischer Befund: In der Hauptsache zellreiches Bindegewebe durch welche Züge von zellärmeren hindurch ziehen. Das Narbengewebe enthält drüsenartige Hänge und Hohlräume, welche von rund und spindelzelligen Stroma umgeben sind oder nackt am Bindegewebe liegen. Das Epithel ist einschichtig, variiert jedoch in der Höhe. Drüsengänge münden in 2 Stellen in die freie Oberfläche.

Fall Lochrane: Bei einer 38jähr.m-para trat 3 Jahre nach einer Ventrifixur ein Tumor in der Narbe auf, der während der Menstruation eine schmerzhafte Schwellung erfuhr. Er lag zwischen Rectus fascie und Peritoneum und war mit den Uterus adhärent. Der Fundus uteri war nur locker mit der Bauchnarbeverbunden.

Mikroskopisch sah man zahlreiche Drüsen mit typisch endometranem Epithel, dazwischen stellenweise Stroma von endometranem Typ. In der Mitte wies der Tumor mit Blut gefüllte Cysten und einige

Catgutüberreste auf. Verfasser nimmt Transplantation durch die Naht an.

2 Fälle Sampson: He repores, that Dr.F. B.Mallory of Boston, "examined two specimmens of adenoma of endometrial type found in the scar of the abstorninal incision after Caesarean secktion."

2 Fälle Cutten: Er berichtet ebenfalls von 2 Fällen von in eine alte Narbe implantierten Adenomyomen nach Kaiserschnitt.

Fall Sampson: Eine 30jähr.Frau hatte 3 Operationen durchgemacht; einen Kaiserschnitt eine linke Salpingektomie und eine supravaginale Hysterektomie. Einige Wochen nach der letzten Operation bemerkte Patientin ein kleines Knötchen in einer Bauchnarbe. Es wuchs, verursachte aber keine Schmerzen.

Histologischer Befund: Adenofibrose.

1.Fall Tobler: 22jähr.Patientin. Nach einer Laparotomie aus unbekannter Ursache bildete sich an der Ecke der Narbe ein druckempfindlicher Knoten.

Histologisch finden sich zahlreiche mit mittel- bis hochcylindrischen Epithel ausgekleidete Drüsenschläuche in kernarmen Bindegewebe und Fettgewebe. Flimmerbesatz und Basalmembran fehlen, nur vereinzelt in den Lumina sequestrierte Epithelien. Indem die Drüsen umgehenden zellreichen Stroma findet sich etwas feinscholliges Haemosiderin.

2.Fall Tobler: 30 Jahre alte Frau. Das exstirpierte Material aus einer Bauchnarbe wurde mit der Diagnose: "Fascientumor als Folge einer Bauchdeckeneiterung nach Appendicitis" zur Untersuchung eingesandt.

Makroskopisch ist in der Cutis eine unscharf umschriebene derbe bräunliche Partie, die von einzelnen schmalen weissen Bindegewebszügen durchzogen wird, zu sehen. Bei Lupenbetrachtung findet man in den bräunlich verfärbten Stellen kleinste cystische Hohlräume.

Mikroskopisch lassen sich in das Bindegewebe eingelagert zahlreiche Drüsenbildungen mit regelmässigem einschichtigen cylinderischen oder cubischen Epithel feststellen, die teils stark cystisch erweitert sind und dann nekrotische Zellen und Lymphocyten enthalten. Die Drüsen liegen meist in zellreichem cytogenem Gewebe, brechen in einzelnen Stellen in das Bindegewebe ein. Glatte Muskelelemente fehlen.

3.Fall Tobler: Frau 25 Jahre alt, 1912 Appendektomie, 1914 Tubensterilisation. Ein halbes Jahr nach der letzten Operation entstand an der Narbe praefascial im subcutanen Gewebe ein haselnussgrosser, derber, druckempfindlicher Tumor, der zuweilen während der Periode anschwellt und schmerzte. Histologischer Befund:Adenofibrose.

4.Fall Tobler: 41jähr.Patientin. Wegen Tubenschwangerschaft Laparotomie. Nach etwa 10 Jahren trat in der Narbe ein Tumor auf, der während der Menses anschwoll und schmerzte. Bei der Operation liess ein bleistiftdicker Bindegewebsstrang von der hinteren Seite des Knotens bis zum Peritoneum verfolgen. Der Narbe gegenüber ist das Peritoneum in der Mitte des Gewebsstückes trichterartig eingezogen. Er berichtet: "Auf Serienschnitten kann man in einzelnen Präparaten ganz deutlich einen direkten Uebergang des Peritonealepithel in die Schläuche der Geschwulst nachweisen."

5.Fall Tobler: 32jähr.Frau Keloidbildung in einer Pfannenstielnarbe ½ Jahr nach Tubensterilisation. Das

Knötchen schmerzte während der Menstruation und bei körperlicher Anstrengung. Die histologische Untersuchung ergab ein Adenofibrom.

Fall Hedinger: Bei einer 3ojähr.Patientin entstand ein Tumor in einer Laparotomienarbe, die sich langsam im Anschluss an eine Appendektomie entwickelt hatte. Der Tumor hat ähnlichen Bau wie die mucosa uteri.

Fall Pick: Verfasser hält das Serosaepithel für die Bildung von endometrioiden Geschwülsten fähig.

2 Fälle Meyer: Beidemale handelt es sich um Wucherungen vom Bau der Uterusschleimhaut in einer alten Kaiserschnittnarbe.

1.Fall Lehmann-Mahle: Frau, 46 Jahre alt. Nach einem ½ Jahr entwickelte sich Suspension des Uterus in der Narbe eine langsam wachsende Geschwulst. Man fand eine mit dem Uterusfundus und der Narbe verwachsene zwischen Schamfuge und Nabel in der rechten Seite der Bauchwand gelegene harte bewegliche Masse. Wegen der Grösse des Tumors wagte man keine Radikaloperation. Er wurde mit teilweisen Erfolg mit Radium behandelt. Bei der histologischen Untersuchung ergab sich ein diffuses Adenomyom.

2.Fall dieselben: Eine 38jähr.Frau hatte seit einer vor 4 Jahren vorgenommenen Alexander-Adams-Operation Schmerzen im kleinen Becken und in der Narbe, besonders während der Menstruation. Bei der Operation zeigte sich ein mit den Uterusfundus adhärenter Tumor und eine teerartige Flüssigkeit in der Bauchwand und zwar an der Stelle, wo zwecks Uterussuspension die Uterusbänder über den Rectusmuskel genäht waren. Histologische Untersuchung: Adenofibrom.

3.Fall dieselben: Frau. 35 Jahre alt. Seit einer vor 4 Jahren wegen Prolaps vorgenommenen Ventrofixation des Uterus hatte sie Schmerzen im Unterbauch. Bei der Operation fand man einen harten Knoten unter der Narbe der mit dem Uterusfundus verwachsen war. Die histologische Untersuchung ergab ein typisches Adenomyom.

4.Fall dieselben: Bei einer 43 Jahre alten Frau ventrifixatio uteri wegen schmerzhafter Retroversion. 8 Jahre später eine 2. Laparotomie. Ein Jahr darauf verspürte Patientin ein Prickeln und leichte Schmerzen in der Narbe, die immer während der Menstruation sich verschlimmerten. Der Tumor, der mit dem ant' flecktierten Uterus verwachsen war wurde in toto mit dem Uterus entfernt. Histologisch:Adenomyom.

5.Fall dieselben: Bei einer 30jähr.Frau wurden wegen Prolaps die Uterusbänder gekürzt. Nach 3 Jahren entwickelte sich während der folgenden Menstruation ein auf Druck schmerzhafter, im unteren Ende der Narbe gelegener kleiner Tumor, der den Anschein nach mit dem Uterus nicht verbunden ist. Bei der Operation sah man, dass das Knötchen die Bauchwand durchwuchs und mit der linken Tube ungefähr 3,5 cm von der Uteruskante entfernt. zusammenhing. Adenomyom.

6.Fall dieselben: 27jähr.Frau. Vor 12 Jahren Dammriss und Cervicitis. Uterus normal gross, frei beweglich und antefleckt iert. Vor 4 Jahren wurde eine Tube entfernt. 2 Jahre später abermals eine Operation. Bei der Untersuchung fand man einen Tumor in der Bauchnarbe der auf Druck schmerzhaft und mit dem Uterusfundus verwachsen war. Diese Masse die sich bei mikroskopischer Untersuchung als Adenomyom erwies, wurde mitsamt der rechten Uteruskante entfernt.

7.Fall dieselben: 36jähr.Frau. Vor drei Jahren Kurretage und Ventrifixur. 6 Wochen nach der Operation verspürte Patientin im unteren Ende der Wunde eine Anschwellung, welche nach und nach grösser und gelegentlich schmerzhaft wurde. Dann und wann entleerte sich eine blutähnliche Flüssigkeit. Uterus beweglich. Histologisch fielen besonders grosse mit blutigen Inhalt gefüllte Cysten auf.

8.Fall dieselben: Frau 40 Jahre alt.Vor 6 Jahren Oophorektomie. Kürzlich hatte sie Schmerzen im Unterbauch. Bei der Operation wurden wegen einer Ovarialcyste Oophorektomie und Salpingektomie ausgeführt und ein Tumor von adenomatösen Bau aus der alten Narbe entfernt.

9.Fall dieselben: 35 Jahre alte Patientin. Vor 9 Jahren bilaterale Salpingektomie rechte Oophorektomie und Appendektomie. Die Wunde eiterte. 6 Jahre später bemerkte Patientin in der Narbe einen kleinen schmerzhaften Tumor, der während der Menstruation regelmässig anschwoll. Er reichte bis zum Peritoneum und war mit dem Netz verbunden; dort war auch eine augenscheinliche Verbindung zwischen Uterus und Tumor. Das Adenofibrom wurde excidiert.

Fall Mandl: Vor 14 Jahren Appendektomie; nach etwa 9 Jahren bemerkte Patientin ein kleines Knötchen an der alten Narbe, welches zwar druckempfindlich, aber nicht spontan schmerzhaft war. Es bereitete der Patientin jedoch während der Menstruation heftige Schmerzen. Einige Zeit vor der Operation wurde die Haut über der Geschwulst immer dünner und bald schimmerten Bläschen durch, die nach Angaben der Patientin mit grosser Regelmässigkeit jedesmal während der Periode platzten und schwarzen Inhalt entleerten.

Der Tumor war an einer Stelle mit dem Peritoneum verwachsen und war ein typisches Adenomyom.

Makroskopisch sieht man ein, die ganze Bauchwand durchwachsenes Narbengewebe, worin mit schwärzlichen Inhalt gefüllte Bläschen eingestreut sind.

Mikroskopisch sieht man, dass es sich wiederum um Drüsenschläuche und Cysten handelt, die meist von cytogenen Stroma umgeben sind. Grosse Aehnlichkeit mit der Uterus - Schleimhaut.

Fall Geller: Verfasser fand in einer alten Kaiserschnittnarbe versprengte Drüsenschläuche.

1. Fall Lützenkirchen: Nach sectio abdominalis entstand eine Ruptur an der Narbe. Die histologische Untersuchung der Narbenränder ergab eine Adenofibrose die mit Schuld an der Ruptur haben mochte.

2. Fall Lützenkirchen: Wegen Darmruptur Darmresektion; ausserdem sectio abdominalis. Auf Grund der geschaffenen Uterus-Bauchdeckenfistel glaubt Verfasserin wäre durch Hindurchwandern von Uterusmucosa die Adenofibrose in der Narbe entstanden.

Fall Keller: Ohne Besonderheiten!

Fall Rosenstein: Frau, 33 Jahre alt. Laparotomie wegen doppelseitiger Adnexitis post abortum. Es wurde auch eine ventrifixatio uteri vorgenommen. Bald darauf bildete sich unter der Narbe ein kirschkerngrosser unverschieblicher, auf Druck schmerzhafter Tumor. Bei der

Exstirpation konnte das Peritoneum nicht verschont bleiben. In der Mitte des herauspräparierten Gewebes befindet sich ein Silk[illegible]mknoten. Verfasser hatte den Eindruck, als ob es sich um eine Verschleppung von Uterusschleimhaut durch Nadel und Faden oder um ein des Endometriums entlang dem Stickkanal handelte.

Fall Polster: Frau 36 Jahre. Wegen retroflecio ventrifixatio uteri. Einige Zeit nach der Operation traten im Anschluss an die Menses Schmerzen in der Narbe auf. Es fand sich bei der Operation ein Ventrifixationsstrang zwischen Uterus und Bauchwand die als Tube angesehen wurde. Adenofibröse Wucherungen waren sowohl in der Narbe als auch in der Insercetionsstelle am Uterus. Die Frau war vor der Operation steril; blieb es auch nachher.

Mikroskopisch sieht man derbes aus geschlängelten Fasern bestehendes Gewebe, worin sich drüsige Gebilde finden. Im endometranem Stroma, das diese Herde umgibt sind zahlreiche kleine Blutungen. Auch die Lumina einiger kleiner Drüsen sind mit Blut und Blutpigment gefüllt. Dem Verfasser scheint, was die Genese anlangt, eine Verpflanzung von Endometrium durch Nadel und Faden wahrscheinlicher als eine retrograde Implantation durch die Tube nach Sampson.

2 Fälle Abott: Beidemal handelt es sich um Bauchnarben im plantate nach Kaiserschnitt.

Fall Gerlach: Adenofibrombildung in der Narbe nach Kaiserschnitt.

Fall Codmann: Kurze Zeit nach einer Appendicitisoperation entwickelte sich in der Narbe ein Adenofibrom.

Fall Danforth: I para, 20 Jahre alt. Nach 2 Jahren entwickelte sich nach sectio caesarea und Tubensterilisa-

tion im unterem Drittel der Narbe eine runde schmerzhafte, nicht bewegliche Geschwulst die sich bei der histologischen Untersuchung als ein Adenomyom erwies. Verfasser glaubt, Implantation von Endometrium könnte durch gewaltsames Austreiben von Schleimhaut bei der Operation erzeugt worden sein und zwar durch den Uterusschnitt hindurch.

Fall Graves: 32jähr.Frau, Wegen Dysmenorrhoe Sterilität und Myombildung Uterussuspension nach Olshausen und Myomektomie.

Die Bauchnarbe eiterte, öffnete sich und blutete während der Menstruation. Bald besserte sich die Wunde und heilte in 4 Monaten vollständig ab. In der Narbe bildete sich ein langsam wachsende Verhärtung. 5 Jahre nach der Operation Exstirpation der Tumors und histologische Untersuchung:Adenofibrom.

1 Fall Heaney: 32jähr.Frau, Kaiserschnitt. 1 Jahr nach der Operation kam die Patientin mit einer kleinen Geschwulst am oberen Ende der Narbe wieder. Das Knötchen war auf Druck schmerzhaft und Patientin gab an, dass er ihr bei der Menstruation ausserordentliche Beschwerden machte. Es war nicht beweglich und unter unveränderter Haut gelegen. Nach weiteren 2 Jahren,als die Geschwulst Walnussgrösse hatte und immer mehr Schmerzen verursachte, selbst längere Zeit nach der Menstruation, wurde sie entfernt. Sie war weder mit dem Peritoneum noch mit dem Uterus verwachsen. Adenofibrom.

2 Fall Heaney: Laparotomie mit Sterilisation und ventrifixatio uteri. Bald darauf bereitete eine fühlbare walnussgrosse Masse im rechten Ende des Querschnittes der Patientin Schmerzen. Innere Untersuchung ohne Belang. Der Tumor war mit der Fascie verwachsen. Histolo-

gischer Befund: Adenofibrom.

Fall Döderlein: Adenofibrom in einer alten Kaiserschnittnarbe.

Fall Pankow: Entstehung eines Endometrioms in einer Appendektomienarbe die eingelegt wurde, als das junge Mädchen noch nicht menstruierte. Nach Verfasser liegt dabei eine Entstehung aus Peritonealepithel nahe.

1.Fall Walz: 32jähr.Frau, einmal geboren, einmal Abort. Ventrifixatio wegen hochgradiger Retroversion. Resektion von mit Blut gefüllten Cysten am rechten Ovar. 1 Jahr nach der Operation Schmerzen in der Narbe, besonders während der Menstruation. Es bildete sich in der Narbe ein taubeneigrosser Tumor, der bei mikroskopischer Untersuchung typische endometrioide Inseln erkennen liess. Zerstreute Häutchen von Hämosiderin.

2.Fall Walz: 30jähriges Fräulein, Operation wegen retroflexio uteri. Kurze Zeit darauf bildete sich in der Narbe ein kirschgrosser Tumor, der bei der Menstruation starke Schmerzen verursachte. Makroskopisch waren mit bräunlichem Inhalt gefüllte Cysten zu erkennen, mikroskopisch typische Uterusdrüsen und teilweise cystisch zerstreutes Pigment.

3.Fall Walz: 33jähr.Frau wegen geplatzter Tubargravidität Laparotomie. Seither bestand in der Narbe eine Fistel, die bei der Menstruation blute und ein derber walnussgrosser Tumor. Mikroskopische Untersuchung ergab ein Adenofibrom.

1.Fall Neuweiler: Verfasser schreibt: 34jähr.Patientin mit normalen Allgemeinstatus. Vor 6 Jahren hat sie eine Ventrifixation

des Uterus durchgemacht. Bald nach der Operation entwickelte sich in der Bauchschnittnarbe eine derbe Geschwulst, die der Patientin während und nach der Periode starke Schmerzen verursachte. Die Untersuchung ergab in der medianen Längsnarbe direkt vor dem Uterus einen Tumor von gut Hühnereigrösse, der derb und unscharf begrenzt ist. Das Corpus das an die vordere Bauchwand gedrängt ist hängt im Fundus mit dem Tumor und dem Bauchdecken zusammen. Bei der Operation zeigt es sich, dass der Tumor mit dem Uterus im Fundus breitbasisch in Verbindung stand, sodass zur Exstirpation des Tumors noch ein Stück des Uterus excidiert werden musste. Die pathol.anat.Untersuchung ergab eine Diagnose Peritonitis adenoides. "

2.Fall Neuweiler: 30 jähr. Patientin. Vor 4 Jahren wurde ihr im 1.-2.Monat der Gravidität ein Dermoid des rechten Ovars entfernt und zugleich Uterotomie ausgeführt. 2 Jahre später bemerkte Patientin eine Vorwölbung, die ganz ohne Beschwerden entstanden war. Mit der Zeit wurde sie jedoch sehr schmerzhaft und zwar nicht im Zusammenhang mit der Menstruation. Ueber der Mitte der Bauchschnittnarbe fand man ein derbes empfindliches Knötchen von Haselnussgrösse, das gegenüber der Unterlage gut verschieblich ist. Diagnose: wie im vorigem Falle.

Fall Semb: 6 Jahre nach Operation einer Ovarialcyste u.Doleris' Retroflexionsoperat. wird in der Bauchnarbe eine "Endometriosis" im Zusammenhang mit dem mittleren Teil des, durch die Fas[illegible]hindurchgezogenen lig.rot.uteri gefunden.

Fall Polano: 45jähr.VII para vor 14 Jahren wegen Tubenruptur laparotomiert. Die Rupturstelle wurde extraperitoneal verlagert, umnäht, Tamponiert. Eiterung 2 Jahre lang. Ein Jahr nach Schluss der Fistel Auftreten kleiner Bläs-

chen in der Narbe, die mit menstruieren. Jetzt pflaumengrosse Geschwulst, die im Zusammenhang mit Bauchdecken, Uterus und Adnexen exstirpiert wird. Histologische Untersuchung lässt erkennen, dass die Adenofibrose von dem eingenähten Uterushorn ausgeht. Polano glaubt den Fall als Beweis der Halbanschen Metastasetheorie verwerten zu dürfen.

4 Fälle Pratt: Patientinnen im Alter von 37 - 45 Jahren. 2 nach ventrifixatio uteri, 1 nach Suspension und 1 nach Appendektomie Salping Oophorektomie und Suspension. In einem Fall trat im Knoten menstruelle Blutung auf.

Fall Jeannert: Fräulein 27 Jahre alt. Vor 3 Jahren mittels eines Pfannenstielschen Querschnittes Appendektomie und Resektion der Ovarien. Nach 3 Jahren bemerkte Patientin einen Tumor links am Nabel, der bis in die Nähe der Laparotomienarbe reichte. Die bisherige normale Regelblutung wurde seit der Zeit schmerzhaft.

Fall Bonney: 29jähr.Frau ; 1924 Operation wegen Menorrhagien. Der Uterus wurde an der Vorderseite incidiert, wobei etwas verdickte Schleimhaut entfernt wurde. Kürzung der lig.rot. 1926 unter der Bauchnarbe eine walnussgrosse Geschwulst, die zeitweise grösser wurde und bei jeder Periode schmerzte. Tumor war mit Aponeurose, nicht mit Uterus verwachsen. Hikr.Befund: Endometriom mit kleinen Schokoladecysten.

Fall Nickolson: Nach Appendektomie und Laparotomie wegen Beckeneiterung bildete sich kurze Zeit darauf ein endometraner Tumor in der Narbe.

Fall Berkely: 39jähr.Patientin. 1920 bei einer Geburt sectio caesacia. 3 Jahre später entstand am unteren

Ende der Narbe ein, während der Menstruation schmerzhafter Tumor.

Untersuchungsbefund: Tumor frei beweglich, druckempfindlich und mit der darüberliegenden Haut adhärent. Exstirpation des Tumors, wobei das Peritoneum nicht geöffnet werden musste. Uterus, Tube und Ovarien sind am Peritoneum adhärent. Makroskopisch sieht man unter einer runzeligen Haut einen weissen Tumor, der mit kleinen Hämorhagien durchsetzt ist. Adenofibrom.

Fall Schwarz: 28jähr.Frau. 2 Jahre nach Kaiserschnitt bei Eklampsie treten bei ihr Schmerzen im oberen Ende der Bauchnarbe auf. 1 Jahr später wurde von dort ein kirschgrosser nicht abgekapselter Knoten in welchen man Cysten und rundzellige Infiltrate fand, entfernt.

1.Fall Douglass: 41jähr.Frau. Vor 11 Jahren Appendicitis u. Peritonitis Operation. Vor 8 Jahren Ventrifixation des Uterus. Nach einigen Jahren ein Knoten in der Narbe, der vor und während der Menstruation grösser wurde und schmerzte. Histologischer Befund: fibröses Gewebe mit Einlagerung von Drüsenschläuchen vom Bau der Uterusschleimhaut.

2.Fall Douglass: Frau, 20 Jahre alt.Vor 2 Jahren Salpingektomie und Ventrifixatio uteri; darauf Schmerzen u.Knotenbildung in der Narbe. Sie erwies sich als Fibrom mit eingestreuten Drüsen und z.T.mit Blut gefüllten Cystenbildungen nach Art des Endometriums.

3.Fall Douglass: Vor einem halben Jahr abdominelle Abortausräumung. Bald darauf ein Knoten in der Narbe. Die histologische Untersuchung ergab ein Adenomyom.

Fall Gouillioud u.Michou: Laparotomie

mit Myomenukleation. 3½ Jahre nachher entstand ein Narbenadenofibrom.

Fall Isbister: Bei einer 40jähr.Frau mit Lysmenorrhöe wurde ein Myom emücliert und ventrifixatio uteri ausgeführt. Nach 5½ Jahren ein typisches walnussgrosses Adenomyom in der alten Narbe.

1 Fall Germann: 28jähr.Frau. Vor 4½ Jahren sectio caesaria. Vor einem halben Jahr bemerkte Patientin in der Narbe eine Schwellung, die bei jeder Periode zunahm und schmerzte. Die histologische Untersuchung nach Excision des Tumors ergab ein Adenofibrom.

2 Fall Germann: 36jähr.Frau. Vor 8 Jahren sectio caesaria. Seit 3 Jahren bemerkte sie ein Knötchen in der Narbe, das bei der Periode schmerzte. Es war ein typisches Adenofibrom. Verfasser schliesst sich der Implantat.theorie an.

Fall Haeusermann: Bei einer 27jähr.Frau 1923 wegen Sterilität Tubendurchblutung die Durchgängigkeit ergab. Darauf Ventrifixation des Uterus durch Vernähung der lig.rot.in die Fascie nach Durchziehen durch die Bauchdeckenmuskulatur. Nach 5 Jahren wurde aus der Querschnittnarbe eine walnussgrosse Verdickung [illegible]diert, die bei genauer Untersuchung ein Adenomyom ergab. Die Patientin hatte vor und während der Menstruation bald nach der Pertubation starke Schmerzen in der Narbe.

Fall Rieck: 1913 bei einer I-para Latzkolpaiserschnitt (extraperitoneale Schnittmethode!)Die Wunde eiterte lange Zeit. Patientin kam 15 Jahre später wieder mit einer flachen Hautgeschwulst auf der Bauchnarbe mit der Angabe, dass sie vor 4-5 Jahren entstanden sei. Sie war von bräunli-

cher Farbe und leicht zerklufteter Oberfläche und blutete während der Menstruation wobei Bläschen platzten. Das klinische Verhalten und die menstruelle Blutung ganz nach Art des intrauterinen Endometriums wiesen darauf hin, dass es sich um ein adenofibromatöses Gebilde handelte. Der histologische Befund sicherte die Diagnose. Im Bindegewebe fanden sich drüsenartige Gebilde eingelagert, die meist von kleinzelligen und spindeligem Gewebe seltener von einem Gewebe von sein cytogenem Charakter nach dem Vorbild der Uterusschleimhaut umgeben sind. Die Epithelien sind bald flach, bald hochcylinderisch und zeigen braune Pigmentkörnchen. Manche mit Blut gefüllte Drüsen lagen ganz an der Oberfläche des Tumors. Die Bedeutung des Falles steht nach Rieck darin, dass er mit der Sicherheit eines gelungenen Experimentes für die Sampsonsche Theorie "spricht".

1.Fall Sampson: 30jähr.Frau.1921 Prolapsoperation (Portioamputation, Kolpoperine-plastik, Ligatur beider Tuben, Fixation des Fundus keine Curettage) 1 Jahr später Schmerzen in der Narbe während der Menses. 3 Jahre später bildete sich dort ein Knötchen. 1926 Entfernung des Uterus der linken Adnexe und des Knotens in der Narbe, der, wie sich zeigte mit dem linken Uterushorn in Verbindung stand. Man fand bei der histologischen Untersuchung Endometriose in der Narbe in den einen Uterushorn und im Peritoneum. Wahrscheinlich hat die Wucherung von der Verletzung der Tubenschleimhaut aus ihren Ursprung genommen.

2 Fall Sampson: 42jähr.Patientin. 1923 Cervixamputation,Kolpoperinerplastik, Appendektomie, Exstirpation der linken Adnexe rechtsseitige Tubensterilisation und Ventrifixion des Uterus. 2 Jahre darauf Bildung eines schmerzhaften Knotens in der Bauchnarbe. Histologischer Befund

wie vorigem Falle.

3.Fall Sampsons: Adenomyombildung nach Exstirpation einer graviden Tube. Direkter Uebergang der Tuben mucosa in den Tumur konnte nicht nachgewiesen werden.

Fall Legerholz: 29jähr.Frau; eingewiesen wegen eines haselnussgrossen Tumors in einer unteren medianen Laparotomienarbe. Der Tumor schmerzte besonders stark während der Menses; in letzter Zeit ständig. Vor 3 Jahren machte Patientin eine Tubensterilisation durch, wobei nach Angabe des Operateurs der Uterus nicht berührt wurde. Er lagerte die Tuben vor die Bauchdecken, unterband sie in der Mitte etwa 2 x mit Catgut, durchtrennte zwischen den beiden Unterbindungen und verknüpfte die beiden Ligaturfäden so miteinander, dass die beiden Schnittflächen in Form eines Knotens dicht zusammen kamen. Exstirpation des antefascial gelegenen Tumors. Unter dem Mikroskop sah man in einen kernarmen Bindegewebe drüsig angeordnete Epithelien vom Typ der uterinen Cylinderzellen und an einer Stelle typische Fremdkörpertuberkel mit Riesenzellen um Fadenreste.

Fall Döderlein und Hornung: 35jähr.Frau, vor 8 Jahren wegen Retroflexio uteri und Appendicitis chronica laparotomiert seitdem Schmerzen in der Narbe namentlich vor und während der Menses, zugleich Schwellung blaurote Verfärbung und Blutaustritt aus Bläschen zwischen Nabel und Sympho in der Mittellinie des Bauches. Ausserdem schmerzhafte Anschwellung in der Mittellinie; diese schmerzenden Stellen konnte man als Tubenecken durch die Bauchwand tasten und darauf auf ein Adenomyosis uteri schliessen. Die Verbindung zwischen Uterus und Bauchwand war ebenfalls in ziemlicher Breite abzutasten. Die Operation bestätigte diese breite Verwachsung, die

knotigen Verdickungen dieser beiden Tubenansätze und des ganzen Corpus uteri. Supravaginale Amputation des Corpus uteri mit beiden Tuben und dem stark adhaerenten linken Ovar im Zusammenhang mit der Narbe. Auf dem Frontabschnitt durch das Präparat erkennt man schon makroskopisch die kräftige adenomyotische Wucherung und die Ausbreitung auf die Tubenansätze.

Mikroskopisch füllt im Uterus die fibrillenreiche Uterusmuskulatur mit Rückbildung der Muskelzellen und die Neigung zu cystischen Erweiterung der Drüsenschläuche auf. Die schleimhäutige Wucherung durchsetzt die Muskulatur bis in die äussersten Schichten und wuchert durch sie hindurch in die adhaerente Bauchwand. Auffallend scharf setzt sich die äussere Haut ab, die einen derben Knoten mit scharfer Umgrenzung bildet. Ausser der endometrioiden Wucherung enthält dieser Knoten Knäuel von Schweissdrüsen, die sich mit der adenofibrösen Bildung stark vermischen.

Fall Ottow: Frau, 23 Jahre, 0-para, keine Aborte. Im Dezember 1927 Laparotomie wegen eines rechtseitigen Adnextumors und Hydrosalpinx. Heilung der Wunde per secundam. Die rechten Adnexe wurden bis auf einen kleinen Ovarialrest entfernt. Verfasser schreibt: "Seit einem halben Jahr (d.h. 1 Jahr post lap.)bildet sich in der verheilten Pfannenstielnarbe ein Knötchen, das langsam wächst und während der Menses an Umfang, Schmerzhaftigkeit und stellenweiser Blaufärbung deutlich zunimmt. In der letzten Zeit traten während der Periode leichte freie Hautblutungen aus der Neubildung auf. Die Neubildung die hart unter der Hautdecke liegt hat jetzt etwa die Grösse einer Kirsche. Dem klinischen Verhalten nach konnte man ohne Weiteres eine Endometriosis vermuten. Die histologische Untersuchung sicherte die Diagnose. Man fand endometrioide Drüsenschläuche von cytogenem Stroma umgeben und cystenartige Gebilde.

Verfasser glaubt, dass dieser "Adnextumor" der entfernt wurde endometriode Schokoladecystenartige Gewebsbestandteile enthielt, die durch operative Aussaat durch Autoimplantation im Sinne Sampsons mit der Bauchwunde in Berührung kamen und sich dort zur Adenofibrose entwickelten.

Ich glaube, dass ich somit die meisten Narbenadenofibrome aus der Literatur in kurzgefasster charakteristischer Form zusammengestellt habe; dass es mir nicht gelungen ist, sämtliche Fälle lückenlos zu sammeln, liegt darin, dass die Literatur oft sehr schwer zugänglich ist.

Wenn wir nun die oben angeführten Beobachtungen überblicken, so finden wir, dass das häufigste und wichtigste Symptom dieser Adenomyome, die Schmerzen in der Narbe, bei den meisten Patienten 2-5 Jahr post laparotomiam auftraten; bei einer geringeren Anzahl jedoch bald nachher oder erst 10, 15 oder noch mehr Jahre später. Meist hatten die Frauen ausschliesslich Schmerzen während der Menses, oft steigerten sie sich zu dieser Zeit. Menstruelle Blutung der Narbe nach Aussen wurde ab und zu beobachtet.

Histologisch handelt es sich in den meisten der beschriebenen Fällen um ein eindeutiges Bild. Das tumorartige Gebilde besteht fast immer vorwiegend aus fibrillärem, spindeligem oder mehrzelligen dichterem Bindegewebe, worin Cysten und Drüsenschläuche, von einschichtigem, cylinderischem oder cubischen Epithel ausgekleidet liegen. Diese adenoiden Gebilde sind entweder von einem zellreichen rund- und spindelzelligem Stroma umgeben, oder liegen direkt dem bindegewebigem Anteil an. Auffallend, aber nicht immer wiederkehrende Befunde sind die, von mit Blut oder Hämosiderinpigment gefüllte Cysten und Drüsen und Hämorrhagien im Stroma. Ab und zu sieht man auch hämatogenes Pigment oder Eisenablagerungen frei in Zellen des Stromas oder der Epithelen eingeschlossen.

Als Indikation zur ersten Operation finde ich meist eine Retroflexion des Uterus, sehr oft jedoch mit anderen pathologischen Zuständen der Unterleibsorgane, wie Uterusmyomen, Perimetritis Ovarialcyste und anderen Geschwülsten der Ovarial -Adhäsionen Pyosalpinx etc.kompliziert.

Andere Fälle, für deren Genese ebenfalls die Sampson`sche Theorie herangezogen werden kann, sind die, bei denen eine sectio caesarien Ovarialoperation Tubensterilisation und sonstige Operationen am Uterus und den Adnexen vorausgegangen waren. Es liegt dabei eine Verletzung des cavum uteri bezw.der Tubenschleimhaut nahe und entweder sollte dabei Schleimhaut durch das Nahtmaterial verpflanzt oder dem Stichkanal entlang bis zur Narbe wandern können. Eine andere Möglichkeit für eine Transplantation bestünde nach manchen Autoren in einem gewaltsamen Auspressen von Schleimhaut aus dem Uterus bezw.Tubenschleimhautwunde während der Operation oder bei einer Tubendurchblasung.

Appendektomie,Operationen wegen Darmtumoren Beckeneiterung Peritonitis etc.gingen ebenfalls manchen Narbenadefibromen voraus. Bei diesen Fällen versagt die Theorie Sampsons zur Erklärung der adenomyotischen Bildung; während die seroepitheliale Genese sich ohne Zwang dazu verwenden lässt; zumal in den Fällen, bei denen das Peritoneum flächenhaft oder als Stiel in die Geschwulst einbezogen war.

Man tut wahrscheinlich den Verhältnissen am wenigsten Zwang an, wenn man auf eine einheitliche Erklärung des Entstehens der Adenofibrosis in Narben verzichtet und für den Einzelfall den wahrscheinlichen Entstehungsmodus gelten lässt. Robert Meyer`s Rückblick auf die Aussagen über die Adenofibrosis in Narben der Bauchwand geht dahin, dass nirgends die Entscheidung über die Entstehung so schwierig ist."

Der Liebenswürdigkeit von Herrn Professor Albrecht verdanke ich folgenden Fall:

Die jetzt 30jährige auffallend kleine und grazile Patientin, I.-para Länge 1.45 m, Gewicht 40 kg - wurde am 22.12.26 wegen allgemein verengtem Becken, zur Schnittentbindung ins Krankenhaus eingewiesen.

Letzte Menses 15 - 20.März, erste Kindsbewegung Anfang Juli. Seit einem Jahr verheiratet, Periode seit dem 16.Lebensjahr regelmässig alle 4 Wochen 3 Tage lang mit wenig Beschwerden. Es besteht starker Spitzbauch; über der Lymphyse eine kugelige Vorwölbung nach rechts etwas ausladend, Kind in 2.Schieflage. Rektaluntersuchung zeigt das kleine Becken leer, Kopf nach rechts abgewichen. Die Blase steht.

Im Laufe des Vormittags traten Wehen auf; durch sectio transperitonealis corporalis wird ein 2790 g schweres, reifes, lebendes Kind entwickelt. Reaktionslose Heilung.

Nachuntersuchung am 10.2.27 ergibt: Uterus gut zurückgebildet, von normaler Lage und Beweglichkeit.

Im September 1928 bemerkte die Patientin zum ersten Male unterhalb des Nabels in der Bauchnarbe ein hartes Knötchen, das sich anfangs nur langsam vergrösserte, seit Juli 29 aber rasch wuchs. Vor und während der Menses verspürte sie ein unangenehmes Ziehen in den Knoten, das sich in letzter Zeit zu Schmerz steigerte.

Am 12.11.29 stellte sich die Patientin vor. 3 Querfinger unterhalb des Nabels ist in der linearen Narbe ein sehr harter mässig Druck empfindlicher, ganz unverschieblicher Knoten von Walnussgrösse tastbar.

13.11.29 Exstirpation des Knotens, der sämtliche Schichten der Bauchwand durchsetzt, sodass das Peritoneum eröffnet werden muss.

Histologisch besteht der Knoten aus derbem, zum Teil fasciculär angeordnetem Bindegewebe mit eingelagerten Gruppen von Drüsenschläuchen, die ganz den Endometriumdrüsen gleichen.

Ringsum diese Drüsenschläuche findet sich ein cytogenes Stroma, das ebenfalls dem des Endometrium durchaus entspricht. Eisenpigmentablagerungen, die sich überall im Stroma finden, deuten auf Mitbeteiligung an der Menstruation hin.

Glatte Muskelfasern finden sich nicht.

Es handelt sich also um das typische Bild einer Narbenadenofibrosis, die 20 Monate nach sectio abdominalis zuerst bemerkt und 35 Monate nach abdominalis stärkere Schmerzen machte, sodass eine Indikation„ zur Exstirpation bestand. Trotz des Ueberwiegens des fibrösen Anteils der Geschwulst ist Mitbeteiligung des endometrioiden Gewebes an der Menstruation sowohl durch die stärkeren Beschwerden der Patientin, als auch vor allem durch die Pigmentbefunde im histologischen Bilde erwiesen.

Die Patientin zeigt ausgesprochenen asthenischen Typ, aber keinerlei Störungen der Sexualfunktion.

Ein Hinweis auf besondere Wahrscheinlichkeit einer der möglichen Entstehungsursache der Adenofibrosis enthält der Fall nicht.

Zum Schlusse sei es mir noch erlaubt Herrn Prof.Albrecht und Frl.Dr.Kniebr für ihre freundliche Unterstützung den innigsten Dank auszusprechen.

Literatur - Verzeichnis:

Albrecht: Pathol.Anatomie u.Klinik des Adenomyoms in Biol.u.Pathol.des Weibes (Halban-Seitz-Bd.IV).

Berkeley: Endometriumähnliches Tumor in einem Laparotomieschnitt.(Ber.über ges. Gyn. Bd.12 p.24 - 1927).

Bonney: Ein Fall, bei dem endometriumähnliche Gebilde zufällig eingepflanzt wurden (Ber.über ges.Gyn.Bd.12 p.24 - 1927).

Döderlein u. Horning: Adenomyosis i.d.Bauchnarbe nach ventrifixatio uteri. (Zeitschrift f.Geb.u.Gyn.Bd.91 p 170 u.202.)

Douglass: Endometrale Geschwülste i.Bauchnarben (Ber.über ges.Gyn.Bd.14 p.699 - 1928/29).

Germann: Endometrioma i.Bauchnarbe nach sectio caesaria. (Ber.über ges.Gyn.Bd. 15 p.453 - 1928/29).

Gouilliond u. Mickon: Die ednometrioiden Adenofibrosen in Laparotomienarben. (Ber.über ges. Gyn.Bd.14 p.226, 1928/29).

Graves: Relationship of ectopie adenomyomata to the ovarian function.(Gynecol.Transact Bd.50 p.214, 1925).

Haeusermann: Endometrioide Wucherung i.Laparotomienarbengewebe nach Pertubation (Centr.Bl.f.Gyn.52/III p.2880,1928).

Heaney: Adenomas of endometrial origin in the laparotomy scars fellowing incision of the pregnant uterus. (Gyn ecol. Transact 1925, Bd.50).

Hedinger: Schweiz.med.Wschrft.Nr.38,1923

Jeannert: Ueber Endometriome. (Ber.über ges.Gyn.Bd.12 p.443, 1927).

Josselin de Jong u. K.de Snoo: Ueber die Endometriosen des cobl. Genitalapparates. (Virch.-Archiv f. path.Anat.Bd.257, 1925).

Isbister: Endometrioma (Ber.über ges.Gyn. Bd.15 p.715, 1928/29).

Legerholz: Kasuistischer Beitrag zur Fibroadenomatose i.Laparotomienarben.(Zeitschrft.f.Geb.u.Gyn. Bd.96 H.2.)

Lemon and Mahle: Ectopie adenomyoma: postoperative invasions of the abdominal wall (Arch.of surg.1925,Bd.10 p.150).

Lützenkirchen: (Zentr.Bl.f.Gyn.u.Geb.1925,Bd.49/I)

Mandl: (" " " " " 1925,Bd.49/I)

Meyer: (" " " " " Ig. 48 Nr.45 p.626, Nr.14 p.722-725).

Meyer: (Virch.-Archiv f.path.Anat.Bd.250 H. 3 p. 595)

Neuweiler: Beitrag z.Klinik d.endometrioiden Wucherungen (Schweiz.Med.Wo.Schr. Ig.56 Nr.22 p.545).

Ottow: Demonstration eines Falles v.Endometriose i.einer Laparotomienarbe (Zeitschrift f.Geb.u.Gyn.Bd.96 H. 2 p. 415).

Pick: (Klin.Wo.Schrift 1924 Nr.12).

Polano: Adenofibrose i.der Bauchnarbe (Zentr.Bl.f.Gyn.Jg.51Nr.16 p.962)

Polster: Beiträge zur Kenntnis der hertotopen Wucherungen v.Bau der Uterusschleimhaut. (Virch.Arch.1926, Bd.259 p.96).

Pratt: (Journ.of the mittigans state med.soc.1927, Bd.26 Nr.2).

Rieck: Ueber ein menstruierendes Endometriom i.d.Narbe eines Latzkokaiserschnittes. (Zentr.Bl.f.Gyn.1928, Bd.52/III).

Rosenstein: Zur Kasuistik u.Atiologie der Adenofibrosen i.Laparotomienarben. (Mon.Schrft.f.Geb.u.Gyn.1925, Bd. 70 p.297).

Rieck: Kann die serosaepitheliale Theorie über die Entstehung der endometrioiden Heterotopien noch aufrecht erhalten werden. (Mon.Schrft.f.Geb.u. Gyn.1930, Bd.84. H.5/6).

Sampson: Endometriose nach Salpingektomie (Ber. über ges.Gyn.1928/29.Bd.15 p.707).
Schiller: Zur Frage des ektopischen Endometriums (Arch.f.Gyn.1925/26, Bd.127).
Schwarz: Endometranes Gewebe i.Bauchnarben nach sectio caesaria. (Ber.über ges.Gyn.1927/28,Bd.13 p.102)
Semb: "Heterologe" uterusschleimhautähnliche Prolifcrationen (Ber.über ges.Gyn.1927,Bd.11 p.441).
Snoo, de: Ueber heterotope Deziduabildung (Arch.f.Gyn.1925, Bd.125).
Tobler: Frau f.Zeitschrift f.Pathol.1923,Bd.29
Wassmer: Ueber Adenofibrose i.Laparotomienarben (Arch.f.Gyn.1924/25, Bd.123 p.187).
Walz: Zur Frage der Entstehung der heterotopen Wucherungen vom Bau der Uterusschleimhaut. (Zentr.Bl.f.allgem.Pathol. 1926, Bd.37 p.290).

-.-.-.-.-.-.-.-.-

L E B E N S - L A U F :

=o=o=o=o=o=o=o=o=o=o=o=o=o=o=o=

Geboren wurde ich, HANNS FOERG, am 15.Dezember 1904 zu MUENCHEN.

Nach 4 Jahren Volksschulzeit, besuchte ich vom Jahre 1916 bis zum Jahre 1925 die Oberrealschule; in Rosenheim (Bayern) machte ich mein Abitur.

Im Sommersemester 1925 begann ich meine medizinischen Studien an der Universität in München, woselbst ich im Wintersemester 1927 mein Physikum und im Wintersemester 1930 mein Staatsexamen bestand. Am 28.Januar 1931 legte ich meine Dr. - Prüfung ab.

Am 29.Februar 1932 beendete ich mein praktisches Jahr und bin seit der Zeit approb. Arzt.

-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-
-.-.-.-.-.-.-
-.-.-
-.-
-

Fall	Alter der Patientin	I.Oper.	Zeitpunkt des Auftretens d. 1.Symptome.
...ob.Meyer	35 Jhr.	vertrif. uteri.	bald danach
...nos	45 Jhr.	Laparot.wegen Retrofl. uteri.	bald danach
...tratz	44 Jhr. o-p.	vertrif.uteri Entfg.ein.Cyste v.lk.Ovar	nach 3½ Jahren
...lages I	./.	ventrif. uteri.	nach 4 Jahren
...lages II	Gravida V in mittl. Jahren	./.	./.
...mann	./.	Exstirp.ein. gutartigen Ovarialtumors	bald danach
...Franqué	39 V-p.	r.Tube reseciert u.eine Perforationsstelle am Uterus vernäht	bald danach
...yer II	./.	vertrif. uteri.	./.
...aas	45 Jhr.	ventrif.uteri wegen Totalprolaps	./.
...allen	34 Jhr.	Lap.wegen Uterusverletzung.	./.

Art der Symptome	Op.II	Operat. Befund	Mikros-Befund
Schmerzhafter kl. Knoten a.d.Narbe	Exst. des Tumor	Tumor verwachsen mit Uterus&Netz	typ.Adenofibrom
2 kl.schmerzhafte Knötchen a.d.Narbe	Exst. des Tumor	?	Fibrom m.Cysten u.Drüsenschläuchen v.spindelig.Gewcb.umgeb.
gerötete schmerzh. leicht blutende Geschwulst a.d.Narbe	Exst.	?	ähnlich dem von v.Recklinghausen beschr.Adenomyom
Narbe,schmerzh.und gerötet;spät.druckempfindliche Tumorbildung.	Exst.	Tumor mittels Stil m. Bauchwand u. Uterus verb.	Hohlräume bekleidet mit einschichtigem Cyl. -epithel.
Rasches Wachstum d. Tumors während der Schwangerschaft	Exst.	./.	Stroma d.adenomasösen Herde war deciduaähnlich umgewandelt
./.	Exst.	./.	Adenofibr. Tumor
vom 4.Jahre an rasches Wachstum-Geschwulst v.Wallnussgrösse,aber ohne Schmerz.	Exst.	Im Narbengewebe braunschwarze Herde.	Cysten mit Blut gefüllt-cub.und hochcyl.Epith.
Kastaniengrosser Tumor;8 Jahre nach d.ersten Operation	Exst.	./.	Drüsenschläuche m.kleinzell.Umgebg.:eingebettet i.e.fibromart.Bindegewebe
Nach 20 Jahren derber Tumor.	Exst.	Uterus mit Bauchwand verwachsen	Cysten u.Drüsenschläuche v.Bau der Uterusschleimhaut
Langsam wachsender Tumor, erst spät schmerzhaft.	Exst.	Tumor in d. Rectusmuskulatur gelegen.	glatte Muskeln, m.uterusschleimhautähnlichem Herd,d.m.Blut gefüllt. I.Stroma Pigment.

Fall	Alter der Patient.	I. Oper.	Zeitpunkt d. Auftretens d. 1. Symptome.
Mahle I u. Mac Carty	30 Jhr.	./.	./.
Mahle II Mac Carty	46 Jhr.	ventrif.uteri	nach einigen Jahren
Lauche I	30 Jhr. I-p.	Op.wegen Pyosalpinx.ventrif. uteri	bald danach
Lauche II	35 Jhr.	ventrif.uteri - Verwachsung des Uterus und der r. Adnexe gelöst.	nach einigen Monaten
Lauche III	37 Jhr.	Operation an den Eierstöcken	Nach 7 Jahren
Lauche IV	26 Jhr.	Ventrif.uteri	nach 3½ Jahren
Dietrich	./.	ventrif.uteri	./.
Vassmer	24 Jhr. O-p-	ventrif.uteri, wobei das Cavum nicht getroffen worden sein sollte	nach ½ Jahr

Art der Symptome	Op. II	Operat.. Befund.	Mikro - Befund.
Schmerzen i.d.Narbe, bes.während d. Menses.Tumorbildg.	Exst.	Tumor mit Tube verwachs.	Adenomatöser Bau.
Knotiger Tumor, der während der Menstruation schmerzte.	Exst.	Tumor mit Uterus verwachsen-griff i.d. retroperit. Gewebe über.	Drüsen u.Cysten-Adenofibrom.
Verhärtung der Narbe-Bläschenbildung, die während d.Menstruation platzten.	Exst.	Uterus an d. Geschwulst geheftet Makr. Cysten i.Narbengew.eingebettet	Adenof.-Braunes hämatog.Pigment i.d.Zellen eingeschlossen.
Schmerzen an der Narbe-Tumorbildung	Exst.	Peritoneum musste dabei verletzt werden, weil Uterus verwachsen.	Adenofibrom - keine glatte Muskul. jedoch Hämosiderinpigment.
Blutiger Stuhl-Schmerzen in der Narbe	Exst.	./.	Cysten v.zellreichem Stroma umgeben oder v. Narbengewebe.
Tumor, der nach der Periode schmerzte	Exst.	Uterus mit Bauchwand verwachsen; Tumor ohne Zusammenhang m.d.Periton	kleine Cysten m. farblosem u.braunem flüssigen Inhalt.
Tumorbildung	Exst.	./.	Adenofibrom
Narbe u.Menstruation wurden schmerzhaft	Exst.	Korpus uteri mit d.vorderen Bauchwand verwachsen.	Zellreiches Bindegewebe i.welchem Drüsengänge u.Hohlräume sind Drüsengänge münden an 2Stellen an die freie Oberfläche

Fall	Alter der Patient.	I. Operation	Zeitpunkt d. Auftretens d. 1. Symptome.
Hedinger	30 Jahr	Appendektomie.	./.
Pick	./.	./.	./.
Meyer (2 F.)	./.	Sectio caes.	./.
Lemon u. Mahle I.	46jähr.	Suspensio uteri	nach 1/2 J.
dto. II.	35jahr.	Ventrif.uteri	bald
dto. III.	38Jahr.	Alex.-Adams Oper.	bald
dto. IV.	43Jahr.	Ventri uteri	nach 1 J.
dto. V.	30Jahr.	Verkürzung der Uterusbänder	Nach 3 Jahren.
dto. VI.	27Jahr.	öfter Laparotomie	./.
dto. VII.	36Jahr.	Ventrif.uteri - Cürettage	nach 6 Wochen
dto. VIII.	40Jahr.	Oophorektomie	nach 6 Jahren
dto. IX.	35Jahr.	Salping) Oophor)-ektomie Append)	nach 3 Jahren

Art der Symptome	II.Op.	Operations-Befund	Mikr.Befund
Langsames Wachstum des Tumors	Exst.	./.	Aehnlichkeit m.Mucosa uteri
./.	./.	./.	./.
Tumor	Exst.	./.	Wucherung v. Bau d.Uterus-schleimhaut.
Langsam wachsende Geschwulst	L.u. Bestrahlg.	Mit Uterus u. Narbe verwachsen	Diffuses Adenomyom
Schmerzen im Unterbauch	Exst.	Tumor mit Uterusfundus verwachsen	Typisches Adenom
Schmerzen i.der Narbe u.Tumirbildung.Schmerzen besonders stark während der Menstruation	Exst.	Tumor adhärent mit Ut.-Teerartige Flüssigkeit i.d. Bauchwand	Adenofibrom
Prickelnde Schmerzen in d.Narbe besonders während der Menstruation	Exst. m. d. Uterus	Mit Uterus verwachsener Tumor	Adenomyom
Auf Druck schmerzhafter Tumor.	Exst.	Knoten durchwachs Bauchwand;mit lk. Tube verbund.	Adenofibrom
Auf Druck schmerzhafter Tumor	Exst.	Tumor m.Uterusfundus verwachs.	Adenomatöser Bau
Anschwellung der Narbe.Die allmähliche Wucherung schmerzte u.entleerte Blut.	Exst.	./.	Grosse mit Blut gefüllte Cysten.
Schmerzen im Unterbauch	Exst.	./.	Adenomatöser Bau
Kleiner schmerzhafter Tumor,der intramenses anschwoll.	Exst.	Reichte b.Perit.u,war mit Netz verw.-Verbindung zwisch.Uterus und Tumor	Adenofibrom

Fall	Alter der Patient.	1. Operation	Zeitpunkt d. Auftretens d. 1. Symptome.
Mandl	./.	Appendektomie	Nach 9 Jahren.
Geller	./.	Sectio caesaria	./.
Lützenkirchen I.	./.	Laparotomie	./.
Lützenkirchen II.	./.	Darmresektion; sectio abdominalis.	./.
Rosenstein	33Jahr.	Laparotomie weg. doppels. Adnexitis. ventrif. uteri	bald
Polster	36Jahr.	ventrif. uteri.	Einige Zeit darauf
Abott(2F)	./.	sectio caes.	./.
Gerlach	./.	sectio caes.	./.
Godmann	./.	Operation wegen Appendicitis	bald darauf
Danforth	20Jahr. I-p.	sectio caesaria; Tubensterilisation.	nach 2 Jahren.
Graves	32Jahr.	Uterusoperation nach Olshausen-Myomektomie.	./.
Heaney I	32Jahr	sect. caes.	1 Jahr nachher
Heaney II	./.	Sterilisation.- ventrif. uteri.	bald
Döderlein	./.	sect. caes.	./.

Art der Symptome	II. Op.	Operations-Befund	Mikr.-Befund
Tumor.-Schmerzhafte Bläschen entleerten blutigen Inhalt während d.Menses.	Exst.	An einer Stelle mit Peritoneum verwachsen	Adenomyom
Tumor.	Exst.	./.	Versprengte Drüsenschlen.
Ruptur an der alten Narbe	Exst.	./.	An d.Narbenrändern Adenofibromatose
Tumor	Exst.	Uterus Bauchdeckenfistel.	Adenofibrom
Auf Druck schmerzhafter Tumor	Exst.	Peritoneum konnte nicht verschont bleiben	Adenofibrom; darin Silkwormknoten
Im Anschluss an die Menses Schmerzen in der Narbe	Exst.	Ventrifixation. Strang v. Uterus zur Bauchwand (Tube?)	Derbes Gewebe, worin drüsige Gebilde. Im Stroma Blutungen.
Verhärtg.d.Narbe	Exst.	./.	Adenofibrom
./.	./.	./.	Adenofibrom
./.	./.	./.	Adenofibrom
Schmerzhafte Geschwulst an der Narbe	Exst.	./.	Adenomyom
Narbe blutete u. eiterte während der Menses	Exst.	./.	Adenofibrom
Knötchen d.während d.Menstr. schmerzten	Exst.	Weder m.Peritoneum noch mit Uterus verwachsen.	Adenofibrom
Schmerzhafter Knoten in der Narbe	Exst.	Tumor m.Fascie verwachsen.	Adenofibrom
./.	Exst.	./.	Adenofibrom

Fall	Alter der Patient.	I.Operation	Zeitpunkt d. Auftretens d. 1. Symptome.
Pankow	./.	Appendektomie, als d.Mädchen noch nicht menstruierte	./.
Walz I	32Jahr.	Ventrif.uteri- Resekt ion einer blutgefüllten Cyste v.r.Ovar	I J.nachher.
Walz II	30Jahr.	Ventrif.uteri	Kurze Zeit darauf.
Walz III	33Jahr.	Laparotomie weg. geplatzter Tubargravidität.	bald darauf
Neuweiler I	34Jahr.	Ventrif.uteri	bald
Neuweiler II	30Jahr.	Uterotomie + Entfernung ein. Dermoid des r. Ovars während d. Schwangerschaft.	2 Jahre später
Semb	./.	Retroflex.uteri op.nach Doleri.- Operation einer Ovarialcyste.	nach 6 Jahren.
Polano	45Jahr. VII-p-	Laparotomie wegen Tubenruptur.	nach 3 Jahren.
Pratt (4 Fälle)	37 bis 45Jahr.	I.u.II.Op.:ventrif.uteri III. Op.:suspensio uteri IV. Op.:Appendektomie Salping-OOphorekt. +Suspension.	
Jeannert	27Jahr.	Appendektomie; Resektion der Ovarien.	nach 3 Jahren.
Bonney	29Jahr.	Operation weg. Menorrhagien. Uterus wurde aufgeschnitten.	nach 2 Jahren

Art der Symptome	II. Op	Operations-Befund	Mikr.-Befund
./.	Exst.	./.	Adenofibrom
Schmerzen i. der Narbe; besonders während d. Menstruation. Tumorbildung	Exst.	./.	Adenofibrom mit Hämosiderinhäufchen
Tumor, d. während d. Menstruation schmerzte.	Exst.	./.	Typische Uterusdrüsen cystisch veränd.
Blutende Fistel und Tumor	Exst.	./.	Adenofibrom
Derbe, während d. Menstr. schmerzende Geschwülst.	Exst.	Uterus hängt m. Tumor und Bauchdecken zusammen	Peritonitis adenoides
Schmerzhafte Vorwölbung d. Narbe	Exst.	./.	Adenofibrom
./.	Exst.	Knoten im Zusammenhang m. lig. rotundum	Adenofibrom
Menstr. Bläschen i. d. Narbe	Exst.	Adfbr. geht v. Uterusstroma aus.	Adenofibrom
Im ersten Falle Blutung im Knoten	../.	./.	./.
Tumorbildung; schmerzhafte Menstruation	Exst.	./.	Adenofibrom
Tumor a. d. Narbe; schmerzhaft während d. Menstruat.	Exst.	Tumor mit Aponeurose verwachsen	Endometrium mit Schokolade - Cysten

Fall	Alter der Patient	I. Operation	Zeitpunkt Auftretens d. 1. Symptome.
Nickolson	./. parat.	Appendekt. La- weg. Beckeneit.	kurze Zeit darauf
Berkeley	39Jahr.	Sekt. caes. bei einer Geburt	nach 3 Jahren
Schwarz	28 Jahr	Sekt. caes. bei Eklampsie	Nach 1. Jahr
Douglass I.	41Jahr.	Laparot. wegen Appendicitis u. Peritonitis Ventrif. uteri	einige Jahre nach d. letz. Operation
Douglass II.	20Jahr.	Salping-Ekto- mie.-Ventrif. uteri	Nach 2 Jahren
Douglass III.	./.	Abdominelle Abortausräumg.	bald darauf
Bouilleond u. Michon	./.	Myomenuklcati- on mittels Lap.	nach 3/3 J.
Isbister	40Jahr.	Ventr. uteri; Myomenukl.	nach 5/2 J.
Germann I.	28Jahr.	Sect. caes.	nach 4 Jahren
Germann II.	36Jahr.	Sect. caes.	nach 5 Jahren
Haeussermann	27Jahr.	Tubendurchbla- sung u. ventrif. ut.	nach 5 Jahren
H i c c k	1 para	Extraperito- nialer Kai- serschnitt	nach 15 Jahren
Sampsaon I	30Jahr.	Prolaps - Operation	nach 1 Jahr
Sampson II	42Jahr.	ventirf. Uteri	nach 2 Jahr.
Sampson III	./.	Exst. einer graviden Tube	./.

Art der Symptome	Op. II	Operat. Befund	Mikro - Befund.
Tumor an der Narbe	Exst.	./.	Adenofibrom
Ein, während der Menstruation schmerzhafter Tumor	Exst.	Peritoneum musste nicht geöffnet werden.	Adenofibrom
Schmerzen in der Narbe, später Tumorbildung	Exst.	./.	Adenofibrom mit Cysten u. zelligen Infiltraten
Knoten in der Narbe, d. während der Menstruation schmerzte u. blutete	Exst.	./.	Flor. gew. i. d. Drüsenschläuche v. Bau d. Uterusschleimhaut eingeb. waren.
Schmerzen u. Knoten in der Narbe	Exst.	./.	Adenofibrom mit Cysten
Knoten in der Narbe	Exst.	./.	Adenofibrom
./.	Exst.	./.	Narbenadenofibrom
./.	Exst.	./.	Typischen Adenofibrom
Schwellung i. d. Narbe d. während d. Menstrut. zunahm und schmerzte	Exst.	./.	Adenofibrom
Knötchen i. Narbe das während d. Menstr. schmerzte	Exst.	./.	typ. Adenofibrom
Verdickung der Narbe	Exst.	./.	Adenofibrom
Flache Hautgeschw. i. d. Narbe, mit menstr. Blutung	Exst.	./.	Adenofibrom
Schmerzen i. d. Narbe während d. Menstrut.; später Knötchenbildung.	Exst.	Tumor mit Uterus in Verbindung	Endom.
schmerzhaftes Knötchen	Exst.	./.	Endom.
./.	Exst.	./.	Adenofibrom

Fall	Alter der Patient.	I. Operation	Zeitpunkt d. Auftretens d. 1. Symptome.
Legerholz	29 Jahr.	Tubensterilisation	nach 3 Jahren
Döderlein u. Hornung	35 Jahr.	ventrif. uteri u. Apendektomie	bald darauf
Ottov	23 Jahr.	Laparot. wegen Hydrosalpinx u. Adnextumor	nach 1 Jahr

Art der Symptome	II. Op.	Operat. Befund	Mikro.-Befund
Narbe schmerzte während der Menstruation	Exst.	./.	Adenofibrom mit Fadenresten.
Schmerzen, Anschwellung u. Blutungen in der Narbe	./.	Tumor mit Uterus verwachsen	Adenofibrom
Schmerzen u. Blutungen in der Narbe während der Menstruation	Exst.	./.	Adenofibrom mit Schokoladecysten.